Münster 1936 No 282 Med DiSS

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. Berg.

# Die Unterscheidung von Selbstmordschuß und Schuß von fremder Hand

untersucht an dem Material des gerichts-medizinischen Instituts in Düsseldorf.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Würde eines doctor medicinae

durch die Medizinische Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster

in Gemeinschaft mit

der Medizinischen Akademie in Düsseldorf

vorgelegt von

GÜNTHER ROSENBAUM

aus Wuppertal-Barmen.

1936

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez. Manteufel
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf

gez. Klinge
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster

gez.: Berg
1. Berichterstatter

gez.: Többen
2. Berichterstatter

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEINEN LIEBEN ELTERN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547221_0072

Es sind in der Literatur viele Fälle bekannt, bei denen die Unterscheidung von Selbstmordschuß und Schuß von fremder Hand außerordentliche Schwierigkeiten gemacht hat. Weiterhin gibt es manche davon, die bis zum heutigen Tage noch nicht einwandfrei geklärt sind. Im allgemeinen lassen sich aus dem Tatbestand und dem Befund an der Leiche sichere Schlüsse ziehen, doch findet man bei der Untersuchung einiger hundert Fälle wohl immer einige, die trotz Begutachtung auf kriminalistischem, waffentechnischem, chemischem wie medizinischem Gebiete nur schwer oder garnicht widerspruchslos zu lösen sind. Derartige Fälle aus dem Material des Instituts für gerichtliche Medizin in Düsseldorf sollen hier in erster Linie behandelt werden.

Um Schlüsse aus der Art der Schußverletzungen ziehen zu können, ist die Kenntnis der wichtigsten technischen Eigenschaften der Schußwaffen und der physikalischen Vorgänge bei der Schußwirkung notwendig. Hauptsächlich kommen die sogenannten Hand- und Faustfeuerwaffen in Betracht, wie Revolver, Pistolen, Gewehre, Flinten. Da auch andere Gegenstände ähnliche Schußverletzungen setzen können, ist es erforderlich, die verschiedenen Arten der Projektile und die Wirkung der Treibmittel des Pulvers zu kennen. Danach kommen die technischen Einzelheiten der Waffe.

Die meisten Schußverletzungen entstehen durch Stahlmantelgeschosse. Das Kaliber dieser Projektile schwankt zwischen sechs bis neun Millimeter. Noch größere Kaliber findet man bei Gewehren; Hartbleiprojektile dagegen bei Trommelrevolvern, Jagdgewehren und bei Schußwaffen, bei denen gleichzeitig mehrere Geschosse abgefeuert werden.

Als Treibmittel wird heute reines Schwarzpulver selten verwendet. Bei der Verbrennung entwickelt dieses Pulver einen dichten Qualm. Die modernen Waffen, bei denen Projektil und Ladung zur Patrone vereinigt sind, enthalten als Treibmittel das rauchschwache oder rauchlose Pulver. Bei der Verbrennung dieser Pulversorten entsteht nur eine ganz geringe Menge kaum sichtbaren Rauches. Teilchen aller Pulverarten bleiben unverbrannt und werden beim Abfeuern des Schusses gleichzeitg mit dem Projektil mit großer Gewalt aus dem Lauf herausgeschleudert.

Die Wirkung eines Geschosses an seinem Ziel ist hauptsächlich abhängig von seiner lebendigen Kraft, von seiner Form und von der Entfernung, aus der der Schuß erfolgte. Dazu kommt dann noch die Widerstandskraft des Ziels. Beim Durchschlagen sehr dicker Knochen kann eine Trennung von Mantel und Kern erfolgen. Solche Mantelreißer erzeugen starke Gewebszerreißung. Diese ist aber auch bei

Nahschüssen aus großen Waffen vorhanden. Nach Reuter[1]), an den diese allgemeinen Erklärungen angelehnt sind, kommt die Sprengwirkung dadurch zustande, daß die lebendige Kraft des Projektils auf die Massenteilchen des an Flüssigkeit reichen Körpergewebes übertragen wird.

Die Spuren, die das den menschlichen Körper treffende Geschoß hinterläßt, sind verschiedener Art. Bei Prell- oder Streifschüssen kommt es lediglich zu einer Quetschung oder rinnenförmigen Verletzung der Haut. Hat das Projektil diese durchbohrt, so handelt es sich um einen Steck- oder Durchschuß. Letzterer ist vorhanden, wenn außer Einschußöffnung und Schußkanal noch eine Ausschußöffnung vorgefunden wird. Die Einschußöffnung ist von einem einige Millimeter breiten Ring umgeben, in dessen Bereich die Oberhaut abgeschürft erscheint. Dieses ist der Kontusionsring, der sowohl beim Nah- wie auch beim Fernschuß zu sehen ist. Der Durchmesser der Einschußöffnung in der Haut entspricht gewöhnlich nicht dem Durchmesser des Projektils. Bei Fernschüssen ist der erstere kleiner, bei Nahschüssen hängt es von der Art der Waffen ab. Jedoch sind bei Schüssen aus ganz geringer Entfernung oder gar bei solchen mit angelegter Laufmündung immer größere sternförmige Platzwunden vorhanden. Der Ausschuß in der Haut ist oft größer als der Einschuß, abgesehen von den eben erwähnten Nahschüssen mit angepreßter Laufmündung, ist aber meist vielgestaltig, bald schlitzförmig, bald weit aufgerissen.

Wichtig ist vor allem die Kenntnis der Erscheinungen beim Nahschuß. Bei diesem kommt zur Wirkung des Projektils noch die der Ausstoßflamme, der heißen Pulvergase, des Pulverrauches und der herausgeschleuderten unverbrannten Pulverteilchen hinzu. Diese Spuren finden sich entweder in den Kleidern, die die Haut bedecken, oder falls der Schuß die nackte Haut trifft, an dieser selbst. Bei Schüssen mit aufgesetzter Laufmündung sieht man die mitgerissenen Teile in der Wandung des Schußkanals. Die Nahschußspuren sind bei Schwarzpulver und rauchschwachem Pulver verschieden. Bei Schwarzpulver entsteht eine beträchtliche Mündungsflamme. Diese bewirkt in der Umgebung der Einschußöffnung eine Verbrennung der obersten Hautschichten. Der entstandene konzentrische Ring ist der Brandsaum. Außerdem findet man immer eine leicht abwischbare Hautschwärzung durch den niedergeschlagenen Pulverdampf, die als Pulverschmauch bezeichnet wird. Dazu kommen noch die Pulvereinsprengungen durch die unverbrannten Pulverteilchen, die sich mechanisch nicht so leicht entfernen lassen. Bei rauchschwachem Pulver entsteht kein Brandsaum, ebenfalls keine Pulvereinsprengungen wie die eben beschriebenen. Wohl entstehen durch die scharfen Teilchen des Blättchenpulvers oberflächliche Hautabschürfungen in der Umgebung der Einschußöffnung, die ähnlich wie die Pulvereinsprengungen des Schwarzpulvers angeordnet sind. Bei Schüssen aus ganz

1) Fritz Reuter, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 1933, 399.

naher Entfernung ist wie beim Schwarzpulver Pulverschmauch vorhanden, nur ist meist seine Farbe etwas heller. Auch ist dieser schwerer von der Haut entfernbar.

Alle diese Zeichen können fehlen, wenn es sich um einen Schuß mit angelegter Laufmündung handelt. Hierbei kommt es zu den sternförmigen Platzwunden. Die Nahschußzeichen finden sich hier im Schußkanal. Außerdem erzeugen die modernen Pistolen dabei noch die Stanzverletzungen, da neben dem Lauf kantige Teile des Vorholfedergehäuses vorstehen, die oberflächliche Hautabschürfungen verursachen. Diese besitzen besondere Wichtigkeit, da man aus ihnen oft auf die Art der Waffe schließen kann.

Die Wirkung des Geschosses richtet sich nach dem Körperteil, den es durchbohrt. Bei Weichteilen erzeugt es kanalförmige Substanzverluste, bei mit Flüssigkeit gefüllten Hohlorganen macht sich die Sprengwirkung geltend. Sehr wichtig sind die Verletzungen der platten Knochen, da in dieses Gebiet die außerordentlich häufigen Schädelschußwunden fallen. Die Ränder des Einschusses sind nach innen, die des Ausschusses nach außen abgeschrägt. Beim Aufprallen eines rasanten Mantelgeschosses kann der Rand der Lochwunde auch an der dem Einschuß zugekehrten Fläche eine geringe Absplitterung der äußeren Knochenlamellen zeigen. Diese ist aber niemals so stark wie die gegen den Ausschuß gerichtete Abschrägung. Der Ausschuß weist in der Regel einen größeren Durchmesser auf als der Einschuß. Bei Schädelschüssen findet man häufig Knochensprünge, die als Berstungsbrüche wie Meridiane vom Einschußpol ausgehen. Der Durchmesser der Lochwunden im Knochen entspricht annähernd dem Kaliber der Waffe. Die Wirkung der Schußverletzungen an wichtigen Körperorganen wird durch die später folgenden Fälle noch eingehend erörtert.

Zusammenfassend ist zu diesen Ausführungen zu sagen, daß zwei wichtige Fragen bei Schußverletzungen behandelt sind:

1. Besteht überhaupt eine Geschoßverletzung?
2. Aus welcher Entfernung wurde der Schuß abgefeuert? Dazu kommt noch die dritte Frage:
3. Durch welche Waffe wurde die Verletzung erzeugt?

Wir finden zwar in den obigen Ausführungen viele Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Frage, können auch vorsichtige Schlüsse ziehen, aber um ein einwandfreies Urteil abzugeben, ist die Kenntnis des Projektils oder der Patronenhülsen erforderlich. Sind diese aufzufinden, so macht eine fachtechnische Untersuchung und hierdurch die Erkennung der Waffe keine Schwierigkeiten mehr.

Die vierte Frage, die endlich zu stellen ist, ist gleichlautend mit dem Titel dieser Arbeit:

Selbstmordschuß oder Schuß von fremder Hand?

Es ist klar ersichtlich, daß alle eben erörterten Fragen auch unter diesem einen Thema zu behandeln sind. Es sind gewissermaßen nur

Voraussetzungen, die zeigen, von welch großer Wichtigkeit die Tätigkeit des medizinischen Sachverständigen bei derartigen Fällen ist, zumal oft die Vorgeschichte fehlt oder garkeine Anhaltspunkte bietet. Hinzu kommen natürlich noch mehrere Gesichtspunkte, die jetzt zu besprechen sind.

Von Bedeutung sind zunächst die allgemeinen Tatumstände, unter denen die Leiche gefunden wird. Auch die Kenntnis der Zeit, in welcher der Schuß fiel, ist wichtig. So darf man wohl zunächst an Selbstmord denken, wenn festgestellt wurde, daß der Schuß am hellen Tag gefallen ist; wohingegen ein Schuß zur Nachtzeit verdächtig auf Tötung von fremder Hand ist. Doch sind diese Voraussetzungen nur ganz nebenbei zu erwägen, denn es kommen allzuhäufig Abweichungen vor, sodaß man hier kaum von einer Regel reden kann. Wichtiger ist schon die Kenntnis des Tatortes. Finden wir zum Beispiel einen Toten mit einer Schußverletzung in seiner eigenen Wohnung im Bette liegend, so ist dieser wohl fast immer ein Selbstmörder gewesen. Befindet sich dagegen die Leiche in einem Hausgang oder auf der Straße, liegt Tötung durch fremde Hand wieder näher.

Von größerer Bedeutung als die Kenntnis von Ort und Zeit sind die Nachforschungen, die Auskunft über das Wesen des Toten geben. Stellt es sich heraus, daß dieser häufig Depressionszustände hatte, oder daß ein schweres körperliches Leiden vorlag, oder daß wirtschaftliche Not ihn schwer bedrückte, so ist ein Selbstmord sehr naheliegend. Umgekehrt ist Tötung von fremder Hand zu erwägen, wenn der Betreffende unbeliebt war und viele Feinde hatte. Sicherer kann man ein Urteil fällen, wenn man festgestellt hat, daß neben der Tötung noch ein Raub verübt worden ist oder wenn man die Spuren eines vorangegangenen Kampfes an der Leiche selbst oder an der Kleidung derselben nachweisen kann. Dagegen bietet die Lage des Toten meist keinen Hinweis, da es keine typische Haltung für einen Selbstmörder gibt, andererseits kann auch der Mörder der Leiche jede beliebige Stellung geben.

Die wichtigsten Aufschlüsse gibt uns die Betrachtung der Schußverletzungen selbst. Wenn wir einen glatten Fernschuß festgestellt haben, kommt natürlich ein Selbstmord nicht in Frage, ist dagegen ein Nahschuß nachgewiesen, so ist die Entscheidung hieraus allein nicht möglich, nur ein absoluter Nahschuß, das ist ein solcher mit angelegter Laufmündung, beweist fast immer einen Selbstmord. Handelt es sich um einen einzigen tödlichen Schuß, so ist die Lage der Einschußöffnung und die Richtung des Schußkanals genau zu beachten. Der Selbstmörder schießt sich gewöhnlich in den Kopf, in das Herz oder die Herzgegend. Die Stelle der Magengrube wird deshalb gewählt, weil von hier aus durch einen Schuß das Herz leicht getroffen werden kann, dazu läßt sich die Laufmündung unter dem Schwertfortsatz gut fixieren und gleitet somit beim Abfeuern des Schusses nicht ab. Am Kopfe liegt der Einschuß bei Selbstmord meistens an der rechten Schläfe oder in der Mitte der Stirn, seltener an

anderen Stellen. Liegt die Einschußöffnung jedoch an der linken Schläfe, so ist die Feststellung wichtig, ob der Betreffende Linkshänder war, denn für diesen ist dies die entsprechend bequemste Stelle. Haben wir nun eine tödliche Schußverletzung an den eben angeführten Stellen vorgefunden, so können wir bei einem Nahschuß oder gar bei einem absoluten Nahschuß fast immer auf einen Selbstmord schließen. Sitzt eine Nahschußverletzung an einer anderen Körperstelle, so ist ein Schuß von eigener Hand auch nicht ausgeschlossen, vorausgesetzt, daß man festgestellt hat, ob sich der Betreffende nach Lage der Einschußöffnung und Richtung des Schußkanals überhaupt den Schuß beibringen konnte. War letzteres nicht der Fall, so wird natürlich ein Schuß von fremder Hand vorliegen. Andernfalls sind weitere Beweisstücke heranzuziehen, um den Fall aufzuklären. Wichtig ist noch festzustellen, ob der Schuß auf die nackte Haut oder durch die Kleider hindurch abgegeben worden ist, der erstere Fall spricht mehr für Selbstmord, während der letztere auf Tötung von fremder Hand schließen läßt.

Finden wir an einer Leiche mehrere Schußverletzungen, so liegt zunächst der Gedanke näher, daß diese Wunden von einem Fremden beigebracht worden sind. In der Mehrzahl der Fälle dürfte dies auch der Fall sein. Jedoch bemerken wir gerade in der heutigen Zeit, seit Anwendung der modernen Repetierpistolen, daß auch Selbstmörder sich zwei oder gar noch mehr Schußverletzungen beibringen. Hier ist natürlich wieder in erster Linie darauf zu achten, ob der Betreffende sich die Wunden überhaupt beibringen konnte. Dabei ist abermals die Lage der Einschußöffnungen maßgebend, dann auch, ob die Möglichkeit bestand, sich diese Verletzungen nacheinander beizubringen, oder ob zum Beispiel die Wirkung eines Schusses die eines anderen ausschließen mußte. Aber gerade bei den modernen Repetierpistolen ist diese Entscheidung sehr schwierig, da hierbei der Selbstmörder mehrere Schüsse abgeben kann, deren jeder die Handlungsfähigkeit aufheben würde. Am häufigsten finden wir noch die Verbindung von Herz- und Kopfschuß, wobei der Herzschuß meist zuerst abgegeben wurde, da ein Kopfschuß in der großen Mehrzahl der Fälle sofortige Bewußtlosigkeit verursacht.

Weiterhin ist ein wichtiges Unterscheidungsmittel bei der Frage: Selbstmord oder Tötung durch fremde Hand, die Art der Waffe. Meistens greifen die Selbstmörder zu Revolver oder Repetierpistole, während Jagd- oder Militärgewehre hierfür schlecht geeignet sind. Bei Selbstmord mittels Gewehren befindet sich die Einschußöffnung gewöhnlich am Kinn oder in der Mundhöhle, da an diesen Stellen die Laufmündung am besten angelegt werden kann, doch werde ich später von Selbstmördern berichten, die besondere Vorrichtungen zum Abziehen des Bügels am Gewehr durch den Fuß angebracht hatten, um die Laufmündung gegen die Brust zu bringen.

Schließlich kann man noch aus dem Geschlecht der Leiche einige Schlüsse ziehen. Während beim Mann jede Möglichkeit offen ist, findet man äußerst selten Frauen, die durch Schüsse selbst ihrem Leben

ein Ende gesetzt haben. Bei weiblichen Leichen mit Schußverletzungen handelt es sich sehr häufig um: Tötung auf Verlangen.

Nach diesen kurzen Erläuterungen wird man verstehen, daß die meisten Fälle nur nach Anwendung aller Untersuchungsmethoden klar zu beurteilen sind. Dieses trifft auch für diejenigen des Düsseldorfer Materials zu.

Auf 100 Erschossene des Instituts waren

| | |
|---|---|
| a) einwandfrei als Selbstmord feststellbar | 53 |
| b) sichere Mordfälle | 34 |
| c) zweifelhafte Fälle | 13, |

dieser letzteren Gruppe wende ich mich in folgenden Abschnitten zu. Eine Unterteilung in verschiedene Gruppen ist der besseren Übersicht wegen zweckmäßig.

Die erste Gruppe wies mehrere Schußverletzungen auf.

**Fall 1:**

Der 23 jährige F. L. wurde auf dem Heidberg tot aufgefunden. Man fand bei ihm einen Abschiedsbrief an die Eltern. Die Pistole lag nicht neben der Leiche, sondern in 2 m Entfernung.

Der Kopf der Leiche wimmelte von 10 mm langen Maden. Der Einschuß an der linken Schläfe ist schon weiter abgefressen. Es ist kein Ausschuß vorhanden. Der Schußkanal geht durch die linke Orbita, weiter durch die rechte Fissura orbitalis superior in die Schädelhöhle. Das Geschoß hat die Schläfenschuppe im Umfang von 15 mm zersplittert, ist dabei abgeprallt und in die Vorderseite des Felsenbeins bis in den knöchernen Gehörgang gedrungen, um dann aus dem Ohr herauszufallen. Das Gehirn ist flüssig. In der Dura befindet sich ein 2 cm großes Loch an der Schuppe.

Der zweite Schuß geht durch die Leber, direkt neben der Gallenblase, streift das Duodenum und reißt ein rundes Loch von 8 mm. Man findet eine Blutung im Gewebe. Im Magen sind 150 ccm Blut. Der Ausschuß befindet sich hinten an der 12. Rippe.

Durch die äußeren Begleitumstände ist ein Selbstmord nicht ohne weiteres erklärlich, trotzdem bei der Leiche ein Abschiedsbrief lag. Auch solche Briefe sind schon gefälscht worden. Der medizinische Sachverständige muß sich an den Leichenbefund halten, dieser war dadurch auffällig, daß zwei Schußverletzungen bei der Leiche vorgefunden wurden. Die von mir oben aufgezählten Zeichen des Nahschusses fehlten. Fäulnis und Madenfraß hatten sie zerstört. Es konnten daher Fernschüsse nicht ausgeschlossen werden. Auffällig war auch die entfernte Lage der Pistole. Immerhin war Selbstmord der näher liegende Schluß. Es war nun die Frage aufzuwerfen, wie und in welcher Reihenfolge die Schüsse gefallen sind. Daß L. sich zuerst den Schädelschuß beigebracht, ist sehr unwahrscheinlich, denn erstens besteht fast immer eine sofortige Bewußtlosigkeit nach einer derartigen Verletzung, zweitens würde er nach einem solchen Schuß für den nächsten sicher eine andere Stelle ausgesucht haben als die rechte Bauchseite. Es ist hier mit Sicherheit anzunehmen, daß L. sich zu-

nächst den Bauchschuß beigebracht hat, dann, als er gemerkt hat, daß dieser nicht tödlich war, hat er die Pistole an die linke Schläfe angelegt und sich durch den Schädel geschossen. An der Leiche zeigt der madenwimmelnde Einschuß einen runden Mündungsabdruck und eine „schmauchhofartige" Vertrocknung durch Madenfraß. Merkwürdig ist, daß L. nicht die rechte Schläfe durchschossen hat, doch ist es gerade in diesem Falle möglich, daß L. Linkshänder war, denn die Richtung des Bauchschusses zeigt, daß es für einen Linkshänder bequemer wäre, sich einen solchen Schuß beizubringen als für einen Rechtshänder. Kann man dieses noch nachweisen, so ist dem Fall die letzte Merkwürdigkeit genommen.

**Fall 2:**

a) Der Befund des 24jährigen R. K. lautet folgendermaßen: 1 cm außerhalb der rechten Augenbraue, dicht vor dem Haaransatz, befindet sich eine Einschußöffnung mit einem 8 mm großen Durchmesser. Die Umgebung bis zu einem Ausmaß von 4 mm ist dunkelrot verfärbt und etwas fettig. Hier und in der Umgebung sieht man schwärzliche Einsprengungen. Unterhalb und außen von der Schußöffnung, durch eine 4 mm breite Hautbrücke getrennt, findet sich eine 15 mm lange und 4mm breite Hautwunde, der haarwärts eine oberflächliche 5 mm lange Hautwunde senkrecht aufgesetzt ist. 3 cm oberhalb des linken Ohransatzes, im behaarten Teil des Kopfes, findet sich eine Weichteilwunde mit einem Durchmesser von 12 mm. Die Ränder der Wunde sind unregelmäßig, beim Auseinanderziehen der Ränder lassen sich Knochensplitter ausziehen. Bei der Leichenöffnung waren die Haare in der Umgebung der letztgenannten Wunde abrasiert, bei beiden Wunden war die Umgebung abgewaschen. Zu der erstgenannten Wunde ist hinzuzufügen, daß sich im Umkreis von 21 mm eine deutliche Druckstelle findet, die nach oben zu senkrecht, nach innen und unten zu im Bogen verläuft. Eine entsprechend aufgesetzte Dreysepistole läßt erkennen, daß der Abdruck entsprechend der Mündung dieser Waffe geformt ist. Aus dem linken Ohr und der Nase entleert sich Blut. Im Umkreise der Schußwunde an der linken Schläfe ist eine dunkelrote blutige Durchtränkung an der Innenfläche der Kopfhaut sichtbar, in der Größe von 3:3 cm. Außerdem findet sich in der Stirngegend, 5 mm nach rechts von der Mittellinie, eine 3 cm im Durchmesser zeigende dunkelrote blutige Durchtränkung, die sich auch der Beinhaut des Schädeldachs mitgeteilt hat. In dem linken Schläfenmuskel findet sich eine Zerfetzung des Muskelfleisches mit geringer blutiger Durchtränkung. Einige Knochensplitter von Erbsengröße sind hier eingebettet. Zwischen harter und weicher Hirnhaut sieht man rings um das Gehirn eine dünne Schicht flüssigen Blutes. Über der Brücke und dem verlängerten Mark findet sich eine stärkere Auflagerung von geronnenem Blut. Die weiche Hirnhaut ist hier aber nicht verletzt.

Der Schußkanal durch den Kopf zeigt folgenden Verlauf: Er beginnt in der rechten mittleren Schädelgrube, wo der Einschuß für die Spitze des Daumens durchgängig, als zersplittertes Loch erscheint. Der Schußkanal ist an der Schädelbasis weiterhin sichtbar, dadurch, daß der Rand des rechten Keilbeinflügels gestreift und die harte Hirnhaut hier von einem 3:1 cm großen Schlitz durchlöchert ist. Der Schußkanal ist dann weiter zu verfolgen zwischen harter Hirnhaut des Türkensattels und in der Grundfläche des Gehirns. Durchschossen ist nur der untere Pol des Schläfenlappens. Der Ausschuß findet sich im linken Schläfenbein, dicht hinter dem scharfen Rand des Keilbeins. Der Ausschuß ist bohnengroß und erweitert sich nach außen trichterförmig. Von dem Einschuß am rechten Schläfenbein geht ein Knochensprung nach vorn oben und verliert sich in der Mitte des rechten Stirnbeins. Ein zweiter Sprung geht nach links in das Dach der rechten Augenhöhle.

Dieses Dach ist in drei große Splitter zerlegt. Ein Seitensprung geht weiter vom Dach der rechten Augenhöhle quer durch das Siebbein bis in das Dach der linken Orbita. Auch letzteres ist von mehreren kleinen Sprüngen durchzogen.

b) Am unteren Rand der 5. Rippe, 2 cm innerhalb der Brustwarzenlinie, findet sich eine 10 mm im Durchmesser große blauviolett gefärbte Stelle, die in ihrem nach innen gerichteten Teil eine 4 mm weite runde Öffnung hat. Dieses ist der Einschuß in die Brusthöhle. Der Rippenmuskel ist hier leicht zerfetzt und nur ganz geringfügig blutig durchtränkt. Das Netz ist mit flüssigem und geronnenem Blut bedeckt. In der Bauchhöhle ist reichlich frei ergossenes Blut vorhanden. Der graublaue Herzbeutel ist gespannt, dicht über seinem unteren Rand findet sich ein runder, 5 mm großer Einschuß. Im Herzbeutel ist 200 ccm geronnenes Blut vorhanden. Am Herz zeigt sich über der Spitze ein Einschuß von 5 mm Größe, der von einem schwarzroten 1 cm breiten Rand eingefaßt ist. Der Schußkanal tritt durch den untersten Winkel der rechten Kammer und dringt an der Hinterwand des Herzens heraus. An der Hinterseite ist das Schußloch 5:8 cm groß und von einem 2:4 cm großen schwarzroten Blutungshof umgeben. An der Unterfläche des Herzbeutels tritt der Schußkanal durch das Zwerchfell in den linken Leberlappen. Das Geschoß hat jedoch vorher noch die linke Lunge verletzt. In der linken Brusthöhle sind 200 ccm flüssigen Blutes vorhanden. Die linke Lunge zeigt an ihrem linken scharfen Rand eine halbkreisförmige Fehlstelle von 1 cm Durchmesser. Das Lungengewebe ist in der Umgebung, im Umkreis von 2 cm, schwarzrot blutig durchtränkt. Der weitere Verlauf des Schußkanals ist folgender: Nachdem der Schuß durch das Zwerchfell in den linken Leberlappen gegangen ist, zeigt sich hier 2 cm unterhalb des Aufhängebandes eine kleine Schußöffnung von 7 mm Größe. 16 cm davon, in wagrechter Richtung nach rechts, finden wir eine sternförmige Schußöffnung von 3 cm Weite. Der Schußkanal in der Leber ist bleistiftdick, dunkelrot und zertrümmert. Dann geht der Kanal durch das Zwerchfell und die anliegende 8. rechte Rippe, dieselbe in zwei Teile zerlegend. Die Schußbruchränder der Rippe sind unregelmäßig zersplittert und mit flüssigem Blut bedeckt. Die anliegende Muskelschicht und der anliegende Sägemuskel ist auf 3 cm im Umkreis schwarzrot blutunterlaufen. Hier ist ein gut erhaltenes Nickelmantelgeschoß eingebettet, dessen Kaliber 7,5 mm beträgt.

An der Vorderseite des linken Oberschenkels, 19 cm unterhalb des Leistenbandes, findet sich eine blauviolett gefärbte Wunde, die 7 mm Durchmesser hat. Die Wundränder sind glatt, die Haut an der nach außen gelegenen Stelle eingetrocknet. An der Hinterfläche des linken Oberschenkels, 6 cm unterhalb der Gesäßfalte, sieht man eine 12 mm lange, 6 mm breite, quergestellte Wunde, aus der sich Blut entleert. Die Ränder erscheinen etwas fettig und sind unterminiert. Aus der Wunde quillt Fett hervor. Die Untersuchung des Schußkanals zeigt, daß die große Schlagader nicht getroffen ist. Der Kanal zeigt auffallend wenig blutige Durchtränkung.

Die Vorgeschichte dieses Falles ist folgende:

Zwei junge Leute fuhren mit einem eleganten Wagen zu einer Reparaturstelle. Das schäbige Aussehen der beiden war nicht mit dem Besitz eines solch feudalen Autos in Einklang zu bringen, was auch dem Garagenbesitzer sofort auffiel. Daher benachrichtigte dieser gleich die Polizei. Es wurden nun zwei Kriminalbeamte geschickt. Diese gingen aber nicht zusammen, sondern nacheinander auf den Hof, der vor der Werkstätte lag und auf dem der Wagen stand. Während der eine der beiden Kriminalbeamten noch draußen stand, ging der andere mit der Pistole in der Hand auf die jungen Leute zu und rief ihnen „Hände hoch" zu. Der Verbrecher K., der gleich verstand, was sich ereignet hatte, schoß jedoch durch seine Tasche hindurch und traf den Kriminalbeamten in den Oberschenkel. Dieser stürzte sofort hin. Dann kam noch der andere Autoräuber und schoß den Kriminalbeamten zweimal in den Hinterkopf. Jetzt kam der andere Beamte heran.

Es entstand zwischen ihm und K. eine Schießerei, aus welcher der Polizeibeamte unverletzt hervorging, während K. niederfiel. Der andere Verbrecher war inzwischen durch das anliegende Haus entkommen.

Das ärztliche Gutachten hatte folgendes zu berücksichtigen: Der Autoräuber K. führte das Kaliber 7,65 mm, der andere Autoräuber Kaliber 6,3 mm; der erste Kriminalbeamte Kaliber 7,65 mm, der zweite 6,3 mm. Der erschossene Kriminalbeamte hatte Steckschüsse: im Oberschenkel mit Kaliber 7,65 mm, im Kopf mit 6,3 mm. Das entsprach den Zeugenaussagen. Wie stand es nun aber mit K.? Wie aus dem Befund hervorgeht, wurden bei K. zwei tödliche Schußverletzungen gefunden, nämlich der Herz- und auch der Kopfschuß. Beide Schüsse stammten aus einer Waffe mit dem Kaliber 7,65 mm. Eine solche Dreysepistole wurde bei dem Räuber gefunden. Da der zweite Polizist eine Waffe mit dem Kaliber 6,3 mm hatte, konnten die Verletzungen unmöglich durch seine Schüsse verursacht worden sein. Wohl aber die Beinwunde, denn diese Verletzung stammte von einem Geschoß aus einer Waffe mit dem Kaliber 6,3 mm.

Da bei dem ersten Schußwechsel zwischen K. und dem vorangehenden Kriminalbeamten nur drei Schüsse gehört wurden, was den drei Verletzungen dieses Beamten entspricht, mußte man annehmen, daß sich der Verbrecher in seiner Bedrängnis die beiden tödlichen Schüsse selbst beigebracht hatte, zumal sich der Kopfschuß als ein absoluter Nahschuß erwies, wie aus dem Befund hervorgeht. Hiernach müßte sich der Räuber zunächst den Herzschuß, den man übrigens nicht als Nahschuß diagnostizierte (er ging durch die Kleider) beigebracht haben, um sich anschließend durch den Kopf zu schießen. Dieser Schluß ist zwar unwahrscheinlich, wäre aber immerhin möglich.

Nun ging man der Angelegenheit noch weiter auf den Grund und untersuchte die Waffe des getöteten Kriminalbeamten, wobei sich herausstellte, daß es sich um eine Pistole handelte, die der des K. (Dreyse) absolut gleich war und daß aus ihr ein Schuß abgefeuert war. Durch diese Feststellung wurde der Fall wesentlich klarer und man konnte zu folgendem Schluß kommen:

Als der erste Kriminalbeamte mit dem Ruf „Hände hoch" den beiden Verbrechern gegenüber trat, wird es seinem geübten Blick nicht entgangen sein, daß K. durch seine Tasche hindurch schießen wollte. Er muß dann gleichzeitig mit dem Räuber gefeuert haben, sodaß es sich wie ein einziger Schuß anhörte. Dieser Schuß hatte die Herzverletzung des K. zur Folge. Da aber auch nach tödlichen Herzverletzungen nicht sofort das Bewußtsein verloren geht und noch eine gewisse Handlungsfähigkeit verbleibt, war es dem Verbrecher noch möglich, sich in die Schießerei mit dem zweiten Beamten einzulassen. Als er dann aber sein nahes Ende fühlte, hat er durch den bereits erwähnten Kopfschuß sein Leben selbst beendet. Diese Annahme deckt sich vollkommen mit dem Befund.

Besonders interessant an diesem Fall ist, daß man durch die Stanzverletzung an der Schläfe feststellen konnte, daß es sich um

eine Dreysepistole gehandelt haben mußte, woraus man die Bedeutung der Stanzverletzungen, die auch noch bei später zu behandelnden Fällen eine wichtige Rolle spielen, ersehen kann. Es ist ferner erstaunlich, daß ein durch Herzschuß tödlich Verletzter noch solcher körperlicher Anstrengung fähig ist. K. hat nachgewiesenermaßen ein förmliches Feuergefecht mit dem zweiten Beamten durchgehalten, hatte seine sämtlichen Lagerpatronen gegen den Angreifer verfeuert, bis er sich mit der letzten den Kopfschuß gab. Eine erstaunliche Kaltblütigkeit.

**Fall 3:**

An der Leiche des Polizeiinspektors J. H. wurden drei verschiedene Schußverletzungen festgestellt, die von einer Lignose-Pistole mit dem Kaliber 6,3 mm herrührten. Die Waffe wurde bei der Leiche gefunden.

Mitten auf der Stirn, 5 cm über der Nasenwurzel, befindet sich ein 1 cm großes, vierstrahliges Loch. Die Ränder sind innen beschmaucht. Im Gesicht sieht man vier Abschürfungen. Im Schädel zeigt sich ein rundes Loch, von der Größe 11:9 mm, das keinen Sprung aufweist. In der Dura ist das Loch etwas größer, 15:12 mm; dieses ist ebenfalls geschwärzt. Der Schuß dringt nur in die Hirnrinde des rechten Hirnlappens ein. Dort liegt der aufgerollte Stahlmantel und der plattgedrückte Bleikern des Geschosses.

Die beiden Brustschüsse gehen durch den vierten Zwischenrippenraum, ohne die knöchernen Rippen zu streifen, vorn in den Oberlappen der linken Lunge. Die Schußkanäle vereinigen sich hier, gabeln sich wieder, sodaß die beiden Schüsse, hinten am Unterlappen, 2 cm auseinanderliegen. Die Ausschüsse liegen am Unterrand der 9. Rippe, hinten handbreit von der Wirbelsäule entfernt.

Es handelt sich also in diesem Falle um drei Schußverletzungen, einen Kopfsteckschuß und zwei Brustdurchschüsse, sodaß man zunächst einen Mord annehmen wollte. Zur Aufklärung wurde die gerichtsärztliche Leichenöffnung angeordnet. Es mußten zuerst die Brustschüsse abgefeuert worden sein, um dann den Bewußtlosen mit angelegter Laufmündung durch die Stirn zu schießen. Doch dieses ist hierbei vollkommen unmöglich. Erstens kann nur ein Selbstmörder zwei Schüsse so abfeuern, daß sie genau nebeneinander in den vierten Zwischenrippenraum dringen, ohne die Rippen zu streifen; zweitens würde er nach diesen beiden Schüssen, die an und für sich nicht tödlich sind, kaum das Bewußtsein verloren haben, sodaß er sich bestimmt gewehrt hätte, wenn man ihm die Pistole an die Stirn setzen wollte. Infolgedessen liegt der Fall ganz klar. H. wollte sich einen tödlichen Herzschuß beibringen. Als der erste erfolgt war, drückte er noch einmal zu diesem Zwecke ab. Da er aber merkte, daß dies auch keine tödliche Verletzung war, brachte er sich noch den Kopfschuß bei. Dieser Fall zeigt, daß trotz mehrerer vorhandener Schußverletzungen kein Zweifel an einem Selbstmord besteht.

**Fall 4:**

Im Rheinpark fand man abends einen durch Schüsse schwerverletzten Mann. Dieser wurde in die Golzheimer Klinik eingeliefert, wo er am folgenden Morgen starb. Man fand bei ihm zwei Brustschüsse und zwar einen Durch- und einen Steckschuß bis zur Wirbelsäule. Beide sind nahe dem Herzen eingetreten, ohne dieses selbst getroffen zu haben.

Obgleich der Tatort (einsame Gegend, nächtliche Zeit) auf einen fremden Täter hinzuweisen schienen, zeigte die Leichenuntersuchung doch, daß Selbstmord vorlag. Die Brustschüsse waren ähnlich gelegen wie im Fall 3. Es gilt also auch hier die gleiche Erwägung. Nach Art der Schüsse und der näheren Begleitumstände ist dies nicht zu bezweifeln. Bei He. haben scheinbar diese beiden Schüsse einen Schock hervorgerufen, sodaß er nicht mehr — wie eben Fall 3 — sich einen weiteren tödlichen Schuß beibringen konnte.

Wodurch ist dieser Mann gestorben? Bei einem Brustschuß können entweder das Herz, die großen Gefäße, die Lungen oder mehrere von diesen getroffen werden. Eine Herzverletzung ist immer lebensgefährlich. Der Tod tritt entweder durch Verblutung, so vor allem bei einem Durchschuß, oder durch Herzbeuteltamponade ein. — In diesem Falle ist das Herz selbst nicht getroffen worden, doch der Selbstmörder ist infolge des großen Blutverlustes seinen Verletzungen erlegen.

**Fall 5:**

In Leverkusen wurde der 25 jährige G. L. erschossen am Wege gefunden. Er hatte am Abend vorher bis nachts 24 Uhr gearbeitet. Bereits früher spielte er häufig mit Selbstmordgedanken. Aber die Pistole fehlte bei der Leiche. Der Befund war folgender:

An der rechten Schläfe findet sich ein Einschuß. Dieser ist 5,5 cm vom rechten Gehörgang und 3 cm vom rechten Augenwinkel entfernt und liegt 9 mm oberhalb der Verbindungslinie dieser beiden Punkte. Das Schußloch ist kreisrund, 6 mm groß und liegt in der Mitte eines grauschwarzen Kreises von 25 mm Durchmesser. Diese Kreisfläche ist weich und ziemlich scharf gegen die rötlichweiße Schläfenhaut begrenzt. Nach dem rechten Auge zu wird dieser Kreis konzentrisch von einer durchschnittlich 2—3 mm breiten grauschwarzen Kreislinie eingefaßt. Diese umfaßt halbzirkelförmig die grauschwarze Fläche. Das rechte untere Lid ist hellgrauschwarz verfärbt. Durch festeres Abwischen mit einem feuchten Schwamm läßt sich die grauschwarze halbkreisförmige Linie und der Beschlag auf dem unteren Lid entfernen. Die Mundschleimhaut ist mit Blut bedeckt.

An der rechten Schläfengegend zeigt sich, daß der Schußkanal durch den Schläfenmuskel und dicht an dem Ansatz des Jochbeins vorbei in den Schädel dringt. Der linke Schläfenmuskel ist von schwarzroten Blutungen durchsetzt. Nach seiner Abtrennung findet sich hier eine zertrümmerte Knochenstelle im linken Schläfenbein. Die Knochensplitter sind in den linken Schläfenmuskel eingespießt. Von dieser Zertrümmerung gehen zwei Knochensprünge zum Schädelgrund, die das Felsenbein umgreifen und dasselbe als Keil gelockert haben. Nach Herausnahme des Gehirns zeigt sich ein breiter Schußkanal. Er beginnt an der Spitze des rechten Schläfenlappens. Diese durchsetzend, verläuft er weiter dicht unter der Sehnervenkreuzung, durchtrennt beide Hirnstiele und den oberen Teil der Brücke. Diese ist abgerissen und die Basisschlagader ist quer gespalten. Schließlich verläuft der Schußkanal als Halbrinne an der Grundfläche des linken Schäfenlappens in dessen hintersten Teil. Alle Hirnhöhlen sind mit flüssigem Blut gefüllt. Aus dem linken Gehörgang fließt fortwährend flüssiges Blut aus.

1 cm über dem Oberrand des rechten Schlüsselbeins liegt auf dem Kopfnicker in der Halshaut eine quere 16:3 cm große Hautverletzung. Ihre Ränder sind unregelmäßig gezackt. Die Wundfläche ist dunkelrot und wird von einem hellroten Saum von 6:3 mm eingefaßt. Der Schußkanal verläuft größtenteils in der Unterhaut und durchsetzt nur den oberen Teil des Brustbeins und der ersten linken Rippe. In der Richtung des Schußkanals

liegt auf der linken Brustseite eine mandelförmige Hautwunde. Diese befindet sich über der 3. Rippe, 6,5 cm von der Mittellinie entfernt und ist 2:1 cm groß. In Kehlkopf und Luftröhre ist eine dünne Schicht flüssigen Blutes vorhanden.

In der linken Leiste, dicht vor dem oberen Hüftdorn, liegt eine lanzettförmige Hautwunde, die quer verläuft und 15:5 mm groß ist. Ihre Ränder sind ziemlich glatt. Die Wunde ist von einem hellrötlichen Saum von 4 mm Breite umgeben. Am Rücken findet sich weiter eine Schußwunde. Sie liegt in der Höhe des rechten Darmbeinkamms, 15 cm von der Mittellinie entfernt, und besteht aus einem kreisrunden Loch von 6 mm Durchmesser, welches von einem hellroten Saum umgeben ist, der aus abgeschürfter Oberhaut besteht. Die Oberhautfehlstelle ist 8 mm groß. Die umgebende Haut ist rotviolett. Der Dünndarm ist an zwei Stellen durchschossen. Die Löcher der Darmwand sind 2cm groß. Das Gekröse ist in der Nähe des Blinddarms schwarzrot blutunterlaufen. Nach Herausnahme aller Bauchorgane wird der Schußkanal freigelegt, der die beiden Schußstellen am rechten und linken Beckenrand verbindet. In der Bauchhöhle verläuft der Schußkanal, nachdem er die Weichteile oberhalb des linken Hüftbeins durchsetzt hat, von einem unregelmäßigen dunkelroten Loch im Bauchfell durch das Gekröse zum rechten Hüftbein und durchsetzt dieses in einem 10:12 mm großen Loch. Die Richtung des Schußkanals geht also quer durch den Bauch, etwas geneigt von links oben nach rechts unten oder umgekehrt.

Die Beurteilung dieses Falles ist äußerst schwierig. Wir haben folgende Schußverletzungen vorgefunden: Einen Kopfsteckschuß von der rechten Schläfe zum linken Hinterkopf. Dann einen Tangentialschuß von rechts nach links durch die obere Brusthaut und das Brustbein. Schließlich noch den Querschuß durch den Bauch. Die Vielzahl der Schüsse, die merkwürdigen Einschußstellen sprechen gegen einen Selbstmord und lassen Tötung von fremder Hand in den Vordergrund der Betrachtungen treten.

Untersuchen wir zunächst die einzelnen Schußverletzungen: Der Kopfschuß ist ein typischer Nahschuß und an einer Stelle abgegeben worden, die bezeichnend für einen Selbstmord ist. Der Abfeuernde hat die Pistole etwas schräg von vorn nach hinten gehalten, wie die Richtung des Schußkanals und der nach dem Augenwinkel zu verstärkte Pulverschmauch beweist. — Auch bei dem Schuß, der am Oberrand des rechten Schlüsselbeins beginnt, handelt es sich um einen Nahschuß, was aus der Art der Wunde zu ersehen ist. Geht man von der Voraussetzung aus, daß sich L. den Schuß selbst beigebracht hat, so muß dieser den Arm und die Hand stark erhoben haben, um sich einen tödlichen Halsschuß beizubringen. Nur so ist die merkwürdige Richtung des Schusses erklärlich. Geht man von der Betrachtung aus, daß es sich um eine Tötung von fremder Hand handelt, so ist anzunehmen, daß der Täter direkt hinter ihm gestanden hat und den Kopf- wie auch diesen Schuß abgefeuert hat, denn vor ihm stehend würde der Täter kaum die Pistole so halten können, daß eine solche Schußrichtung entstanden wäre. — Bei der letzten Verletzung ist es nicht einfach, die Richtung des Schusses zu beurteilen. Es ist nicht immer leicht, die Unterscheidung von Ein- und Ausschuß zu treffen. Manchmal ist aus der Anordnung mitgerissener Kleidungsteilchen und Knochensplitterchen die Richtung zu erken-

nen. In diesem Falle ist wohl die Wunde am Rücken mit dem Einschuß identisch, wofür die abgeschürfte Oberhaut und der gegenüber der Bauchverletzung geringere Durchmesser der Wunde sprechen. Die ses scheint auch ganz gut mit unserer Annahme, daß der Täter die Schüsse von hinten abgefeuert hat, übereinzustimmen, während diese Stelle für einen Selbstmordschuß sehr unwahrscheinlich ist.

Wie wird nun der Vorgang gewesen sein, wenn wir Tötung von fremder Hand annehmen? Da es sich um Nahschüsse handelt, ist es unmöglich, daß jemand dem L. aufgelauert und ihn von weitem erschossen hat. Der oder die Täter müssen also ganz nahe hinter ihm gestanden haben. Daß sie sich an ihn herangeschlichen haben, ist ebenfalls undenkbar, da er dies gehört haben würde. Einen Überfall darf man wohl auch ausschließen, denn auch hiergegen spricht die Art der Schüsse. Außerdem hätte zumindest ein geringer Kampf stattgefunden, hingegen weisen Körper und Kleidung des Getöteten keine Kampfesspuren auf. So bleibt nur noch die Annahme übrig, daß jemand mit ihm zusammen über den Weg gegangen ist, dann plötzlich, ohne daß L. es gemerkt hat, seine Pistole gezogen hat und ihm einen oder auch mehrere Schüsse beibrachte. Es ist natürlich möglich, daß der Täter den tödlichen Kopfschuß erst später abgefeuert hat. Diese letzte Unterstellung könnte man unter Umständen vertreten, doch wenn man den ganzen Sachverhalt überblickt, muß man zu dem Ergebnis kommen, eine Tötung von fremder Hand auszuschließen. Zu dieser Annahme wird der Gutachter gedrängt durch den Schläfenschuß, der alle Zeichen des typischen Selbstmordschusses aufweist. Demgegenüber treten die Hinweise auf Fremdschuß bei den zwei anderen Schußkanälen an Bedeutung zurück. Direkte Schwierigkeiten macht nur der Beckenschuß, denn ein Selbstmörder dürfte sich mit Überlegung eine derartige Verletzung nicht beibringen. Ich erkläre mir diesen Schuß in der Weise, daß sich L. vor der Tat gesetzt hat, dann seine Pistole aus der Tasche nahm, um die Tat auszuführen. Hierbei wird sich ein Schuß gelöst haben, der mit diesem queren Bauchschuß identisch ist. Ich nehme weiter an, daß L. sicher daraufhin sich in den Hals hat schießen wollen, um die großen Gefäße zu treffen. Der Schuß hat eine falsche Richtung genommen und hat nur die Brusthaut tangential getroffen. Als dann das Ende noch nicht eintrat, hat er sich zum Schluß den tödlichen Kopfschuß beigebracht. Diese Annahme wird noch bestärkt, wenn man die Selbstmordgedanken, die L. früher häufig geäußert hatte, berücksichtigt. Daß keine Waffe am Tatort gefunden wurde, spricht zwar gegen Selbstmord, aber es ist schon häufig vorgekommen, das Vorübergehende diese eingesteckt haben. Jedenfalls zeigt dieser Fall recht deutlich, wie verzwickt die Verhältnisse bei derartigen Befunden sein können und wie nur die Zusammenfassung des äußeren Befundes mit kriminalistischen Erwägungen eine Deutung ermöglicht. Der gerichtliche Sachverständige wird zwar nicht mit voller Bestimmtheit sein Gutachten in der oben von mir mitgeteilten Weise abgeben können, aber doch mit großer Wahrscheinlichkeit.

Auch in der Literatur sind mehrere Fälle beschrieben, wo sich ein Selbstmörder mehrere Schüsse, vor allem auch mehrere Kopfschüsse beigebracht hat. So führt Strassmann[1]) folgenden Fall an:

Bei einem Selbstmörder wurden 3 kleine runde Öffnungen in der rechten Schläfe gefunden. Eine Kugel saß im Schläfenmuskel, eine zweite fest im Knochen, die dritte hatte perforiert und befand sich in dem benachbarten Teil des rechten Schläfenlappens, dessen Gewebe in eine blutig zertrümmerte Höhle verwandelt war.

Es handelt sich in diesem Fall offenbar um kleinkalibrige Waffen mit geringer Rasanz. Es ist daher verständlich, daß diese Schüsse keine große Erschütterung verursacht haben und vor allem die beiden Geschosse, die im Muskel und Knochen stecken geblieben sind, keine sofortige Bewußtlosigkeit zur Folge hatten, die erst durch den dritten Gehirnschuß hervorgerufen wurde. Es sind jedoch auch mehrere Fälle bekannt, in denen ein Selbstmörder sich mehr als einen Gehirnschuß beibringen konnte, obwohl man annehmen müßte, daß schon nach dem ersten Schuß das Bewußtsein verloren gegangen wäre. So beschreiben Corin und Heger Gilbert[2]) folgenden Fall:

Ein Selbstmörder hatte sich drei Schüsse in den Kopf beigebracht. Ein Schuß drang von der rechten Schläfe zur linken durch die Unterfläche des Gehirns, ein zweiter trat in die Stirnmitte ein, verlief zwischen den Hemisphären bis zum Bregma und veranlaßte eine Blutung aus dem Längsblutleiter, der dritte tödliche ging von der linken Schläfe ins Gehirn hinein.

Der Mann blieb also nach den beiden ersten Schüssen bei Bewußtsein, versuchte dann, nach der Meinung von Corin und Heger Gilbert, den Revolver aus der rechten in die linke Hand zu nehmen, um sich den tödlichen Schuß beizubringen, was auch gelang. Die Möglichkeit muß aber durchaus zugegeben werden, daß kein Handwechsel stattfand. Der Betreffende würde wohl in diesem Falle mit dem Daumen abgedrückt haben.

Wir finden in der Literatur noch mehrere Fälle, wo sich Selbstmörder ein par Hirnschüsse beigebracht haben. Wir können mit Goroncy[3]) zusammenfassend sagen, daß Bewußtlosigkeit im wesentlichen nicht sofort auftritt, wenn Handfeuerwaffen alter Systeme verwendet werden. Diese entfalten infolge der geringen Rasanz ihrer Projektile keine Sprengwirkung durch die Seitenstoßkraft. Auch bei verhältnismäßig großem Kaliber braucht die Erschütterung des Schädels im ganzen nicht so hochgradig zu sein, daß sofort Bewußtlosigkeit eintritt. Auch bei den modernen Waffen mit ihrer großen Rasanz kann das Bewußtsein erhalten sein, da die Seitenstoßkraft je

1) F. Straßmann, zit. nach C. Goroncy Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 4, 145 (1924).

2) Corin und Heger Hilbert, zit. nach Goroncy Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 4, 145 (1924).

3) C. Goroncy, ebenda.

nach dem Ort und der Richtung, in der sie sich auswirkt, das Gehirn im Ganzen nicht zu verändern braucht. Hierzu beschreibt Maschka[1]) einen Fall:

Bei einem Selbstmörder fanden sich 2 Lochschüsse durch Revolver in den Kopf und Halsschnitt. Der eine Schuß, ein absoluter Nahschuß, mitten in die Stirn, knapp oberhalb der Nasenwurzel, der andere, ein relativer Nahschuß in der rechten Schläfengegend. Zwischen den inneren Rändern der Knochenwunden befinden sich die Kugeln. Gehirnhäute wenig, Gehirnhaut garnicht verletzt. In den Hirnhöhlen etwas rötliches Serum. Halsschnittwunde mit Verletzung des Kehlkopfes und der anliegenden Blutgefäße.

Da die eingedrungenen Kugeln nur den Knochen durchbohrt haben, ohne in die Gehirnhäute oder das Gehirn selbst einzudringen, ist es ganz gut möglich, daß der Verletzte weder nach dem 1. noch nach dem 2. Schuß augenblicklich das Bewußtsein verlor, sondern noch Kraft und Zeit hatte, sich auch die Halsschnittwunde zuzufügen.

Es ist also beim Vorhandensein mehrerer Gehirnschüsse wichtig festzustellen, ob sich ein Selbstmörder diese Verletzungen überhaupt nacheinander beibringen konnte. Deshalb stellt auch Goroncy[2]) die Kardinalfrage auf: Mußte die Verletzung sofort Bewußtlosigkeit zur Folge haben oder nicht? Er beantwortet sie folgendermaßen: Bewußtlosigkeit wird hervorgerufen durch die Erschütterung des Schädels und seines Inhalts im ganzen als Folge der direkten Stoßkraft des Projektils, ferner durch die Seitenstoßkraft und drittens durch sofort auftretenden Hirndruck verschiedener Ursache. Bewußtlosigkeit kann in einer Reihe von Fällen ein Herdsymptom der Medulla oblongata oder der grauen Kommissur am Boden des dritten Ventrikels sein, wenn es an diesen Stellen zu feinsten Zerreißungen und Pressungen kommen konnte. Ist das Bewußtsein durch eine Schußverletzung aufgehoben oder hochgradig getrübt, so kann es nur zu kurzen, reflexartigen Bewegungen kommen. Sind lebenswichtige Hirnteile oder motorische Zentren und Bahnen zerstört, so ist die Bewegungs- und Handlungsfähigkeit entweder vollkommen oder in dem entsprechenden Versorgungsgebiet aufgehoben. Sofort eingetretene Bewußtlosigkeit kann pathologisch-anatomisch ohne Ausdruck bleiben. In der Mehrzahl der Fälle weisen allerdings indirekte Schädelfrakturen, verschieden lokalisierte Kontusionsherde, dann große Hirnrisse, Blutungen an entfernten Stellen, Petechien am Boden des dritten oder vierten Ventrikels und anderes mehr auf sofortige und so schwere allgemeine Gehirnschädigungen hin, daß unmittelbar Bewußtlosigkeit eintreten mußte. Abgesehen vom Leichenbefund sind natürlich auch hier wieder die äußeren Umstände und vor allem der waffentechnische Befund zu berücksichtigen.

Alle diese Fälle beweisen, ebenso wie die Erläuterungen, daß man bei mehreren Schußverletzungen nicht ohne weiteres Tötung von

1) Maschka, zit. nach C. Goroncy, Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 4, 145 1924.

2) C. Goroncy, ebenda.

fremder Hand diagnostizieren darf, ebensowenig darf ein voreiliges Urteil abgegeben werden, wenn der Einschuß nicht an einer für Selbstmord typischen Stelle liegt, wie schon in den Fällen 1 und 5 angedeutet wurde.

**Fall 6:**

Der im Ruhestand befindliche D. K. hatte Selbstmordgedanken geäußert. Er starb nach einer Schußverletzung bei seiner Einlieferung ins Marienhospital. Es wurde ein strahliger Einschuß in der Mitte des linken Scheitelbeins festgestellt. Ein Ausschuß war nicht vorhanden.

Es handelt sich hier um einen absoluten Nahschuß, also liegt zweifellos ein Selbstmord vor. Merkmürdig ist nur, daß sich der Einschuß in der Mitte des linken Scheitelbeins, einer sonst nicht üblichen Stelle, befindet. Der Betreffende muß entweder mit dem Daumen abgefeuert haben oder Linkshänder gewesen sein.

Wir finden in der Literatur viele Fälle angeführt, in denen sich Selbstmörder an ungewöhnlichen Stellen erschießen. So findet man z. B. Kopfdurchschüsse, die von hinten nach vorn gehen, und selbst Schüsse, die im Rücken beginnen. Warum sich die Selbstmörder derartige Einschußstellen aussuchen, ist nicht klar ersichtlich. Vielleicht ist manchmal die Tatsache maßgebend, daß sie die Waffe bzw. das Abfeuern des Schusses nicht sehen wollen, oder auch um den Verdacht der Täterschaft von sich abzulenken. Daß aber auch eine bestimmte Absicht damit verfolgt werden kann, zeigt folgender Fall, der von Merkel[1]) beschrieben wurde. Hierbei handelt es sich um die Vortäuschung eines Raubmordes zum Zwecke des Versicherungsbetruges.

Der 51 jährige M. W., zweiter Geschäftsführer des Konsumvereins zu Freilassing und gleichzeitig nebenamtlich Kassierer einer gewerkschaftlich-genossenschaftlichen Versicherungsgesellschaft, hatte am Samstag in aller Frühe seine Wohnung verlassen, war aber seiner sonstigen Gewohnheit zuwider am gleichen Tage und auch am folgenden Sonntag nicht mehr nach Hause zurückgekehrt. Nach den Erhebungen hatte er an diesem Samstag 1500 Mark einkassiert und mußte dieses Geld bei sich geführt haben. Auf die Anzeige des älteren Sohnes des W. wurde er am Sonntag, mittags durch eine Feuerwehrstreife in einem lichten Waldabteil an der Bezirksstraße Hammerau—Freilassing, 150 m von der Straße entfernt, erschossen aufgefunden.

Die Leiche lag auf dem Rücken; der Kopf war stark nach rückwärts gebogen, beide Arme etwas abduziert und im Ellenbogengelenk leicht gebeugt, beide Beine in den Hüft- und besonders in den Kniegelenken ebenfalls gebeugt; am Kopf befand sich ein Schädeldurchschuß von hinten nach vorn. Aus dem linken Mundwinkel lief eine Blutstraße über die Wange nach dem linken Ohr zu und aus dem rechten Nasenloch gleichfalls eine Blutstraße über den rechten Nasenflügel an der Innenseite des rechten Auges vorbei, über die Stirn hinweg. Die Blutstraßen entsprachen durchaus der Lagerung der Leiche bei der Auffindung.

Wie auch bei der Sektion festgestellt wurde, fanden sich in Übereinstimmung mit diesem Verlauf der Blutstraßen weder am Gesicht noch auch sonst an der Vorderfläche des Rumpfes und der Gliedmaßen Leichenflecke, sondern soweit vorhanden, nur am Rücken. Es war also nach diesen Befun-

1) Hermann Merkel, Dtsch. Ztsch. f. ger. Med. 20, 332 (1933).

den ausgeschlossen, daß die Leiche etwa die Nacht über auf dem Gesicht gelegen hatte und erst am Morgen von dritter Hand auf den Rücken gedreht worden war. Die Kleider der Leiche waren vollkommen geordnet. Es waren keine Zeichen von einem Kampf nachweisbar, weder an dem Toten noch am Auffindungsort, ebenfalls keine Schleifspuren. Neben der Leiche, etwa 1 m von der rechten Fußsohle entfernt, lag an einem Bäumchen der Rucksack des Getöteten und auf demselben sein Hut. Beide wiesen keine Blutspuren auf, obwohl die Schußwunden am Nacken und an der Stirn erheblich Blut und erstere auch noch Gehirnsubstanz hatte austreten lassen. Nahe der Abgangsstelle von der Straße, auf der W. Samstags gegangen war, lag seine Umschlagtasche, auf die Kante gestellt und in größerer Entfernung schon am Tag sichtbar. In dem wenig dichten Wald waren noch Papiere verstreut, die fast wie ein Wegweiser zur Leiche hinführten. Die letztere lag an einer verhältnismäßig sehr übersichtlichen Stelle. Es fehlten bei der Leiche die erwähnten einkassierten 1500 Mk. W., der sonst ständig bei Dienstgängen eine Waffe — eine DMW-Pistole — bei sich getragen haben soll, wurde waffenlos aufgefunden, auch fehlte merkwürdigerweise Stock und Uhr.

Gerade die Feststellung, daß am Tatort keine Waffe vorhanden war, mußte in erster Linie unter Berücksichtigung der fehlenden Geldsumme den Eindruck eines Raubmordes hervorrufen. — Nach mühseligem Suchen fand die Mordkommission, links von der Leiche, im lockeren Waldboden eingebettet, eine ausgeworfene Messing-Patronenhülse von 7,65 mm Kaliber.

Die Besichtigung der Leiche und die gerichtliche Sektion ergaben einander ergänzend, daß W. durch einen Gehirnschädeldurchschuß zu Tode gekommen war, der direkt in der Hinterkopfmitte, noch oberhalb der Haargrenze, den Einschuß zeigte. Das Geschoß hatte unter starker Sprengwirkung, leicht nach links und oben ansteigend, den Gehirnschädel durchsetzt, die linke Großhirnhälfte weitgehend zertrümmert und war oberhalb des linken Stirnhöckers schon außerhalb der Haargrenze wieder aus dem Schädel ausgetreten, hier eine schlitzförmige, etwa 1 cm lange Ausschußöffnung mit leicht gequetschten, etwas eingerissenen Rändern setzend.

Es mußte also absolut sicher angenommen werden, daß der Schuß eine sofortige Handlungsunfähigkeit des Getroffenen bewirkt hatte, aber es ist nicht damit gesagt, daß auch der Tod des W. momentan eintreten mußte. Im vorläufigen Gutachten äußerten sich die sezierenden Ärzte dahin, daß fremdes Verschulden vorliege.

Fünf Tage nach Aufdeckung der Leiche entdeckten spielende Kinder, etwa 2 km vom Tatort entfernt, am Rand eines kleinen Baches, eine DMW-Waffe von 7,65 mm Kaliber. Diese konnte erst kurz vor der Auffindung niedergelegt worden sein, weil sie kaum Rostspuren und wenig äußere Verunreinigungen zeigte, trotzdem es in den Tagen und in der Nacht vor der Auffindung geregnet hatte. Blut oder Gehirnsubstanz war nirgends an der Pistole festzustellen. In der Laufmündung dieser Pistole waren aber Hälmchen und Gräschen, wie sie etwa durch das Hinunterfallen in einen Waldboden hineingekommen sein konnten, keinesfalls konnten aber diese Gebilde an dem Waffenauffindungsort neben der Straße hineingelangt sein, weil da der Boden eine ganz andere Beschaffenheit zeigte. Der Waffensachverständige konnte mit absoluter Sicherheit feststellen, daß aus dieser Pistole die neben der Leiche des W. angetroffene Patronenhülse verfeuert worden war, daß also diese Waffe zur Tötung des W. benutzt worden sein mußte. Der Eigentümer dieser Pistole blieb zunächst unauffindbar. Man hatte vorher bei einer Haussuchung die Pistolen des Getöteten und seines ältesten Sohnes vorgefunden. Beide waren DMW-Pistolen, die die gleiche Konstruktion wie die letzthin gefundenen aufwiesen. Bei der Haussuchung fand man ferner im Zimmer des zweiten Sohnes eine Ledertasche, die zu einer dritten Pistole gehören mußte, und es lag der Verdacht nahe, daß diese mit der Täterwaffe identisch sei. Jedoch warfen alle drei Pistolen ihre Hülsen nach rechts aus.

Bei einer weiteren genauen Untersuchung des Kopfes der Leiche stellte man aus der Art der Einschußverletzung und dem im Schußkanal befindlichen Pulverschmauch mit Sicherheit fest, daß es sich um einen absoluten Nahschuß gehandelt hat.

Die letzte Tatsache spricht, trotz der merkwürdigen Einschußstelle, sehr gegen eine Tötung von fremder Hand. Wenn es sich um einen Raubmord gehandelt hätte, müßte W. bei einer Verfolgung durch den Täter hingestürzt sein und widerstandslos einen sogenannten Fangschuß bekommen haben, was jedoch bei der kräftigen Gestalt des Mannes nicht anzunehmen ist. Daß W. durch den Sturz oder durch den Täter bewußtlos gemacht worden ist, ist ebenso unwahrscheinlich, weil nichts im Befund hierfür sprach. Das Ausschlaggebende für die Ablehnung dieser Ansicht war aber der sichere Nachweis, daß der Schuß auf den W. garnicht im Liegen sondern im Stehen abgefeuert sein mußte. Man fand nämlich nahe den Beinen des Toten an einem Baum eine Rinne, die von einem Streifschuß herrühren mußte. Die Höhe und Richtung dieser Rinne war genau die Fortsetzung des Schusses, den W. an einer bestimmten Stelle stehend, bei stark gebeugtem Kopfe, erhalten hatte. Da nämlich in der betreffenden Nacht nur ein Schuß gehört worden war, mußte es dieser sein, der Schädel und Baum zu gleicher Zeit getroffen hatte und von dem die am Tatort gefundene Patronenhülse stammte. Nach diesem Befund konnte also ein Raubmord abgelehnt werden. Es besteht nun die Frage, ob W. sich selbst den Schuß beigebracht hat oder auf Verlangen durch seinen Sohn getötet worden ist. Letzterem war übrigens ein Alibibeweis für jene Nacht nicht zu widerlegen. Gegen die Täterschaft des Sohnes sprach, daß die Patronenhülse links neben der Leiche lag, denn wenn dieser sich hinter seinen Vater gestellt hätte, um abzufeuern, müßte die Hülse nach rechts gesprungen sein. Vielmehr ist folgendes mit Bestimmtheit anzunehmen: W. hat selbst die Pistole derartig angesetzt, daß der Abzugbügel nach oben und der Pistolenkolben nach oben und etwas nach rechts gerichtet war. In diesem Fall ist es nicht schwierig, sich mittels Daumenabzugs einen solchen Schuß beizubringen, und bei Beugung des Kopfes ist der Schußkanal leicht zu rekonstruieren. Weiterhin spricht für Selbstmord, daß der Täter Hut und Rucksack neben sich gelegt hatte, ohne daß diese mit Blut bespritzt waren, was bestimmt bei Tötung von fremder Hand der Fall gewesen wäre. Nach allen diesen Ausführungen ist es ersichtlich, daß es sich hier um einen Selbstmord handelt, der einen Raubmord vortäuschen sollte.Die Erklärung dieses merkwürdigen Geschehens wurde bei den weiteren Nachforschungen gefunden. W. hatte berufliche Enttäuschungen erlebt. Bei einer Autofahrt hatte er erfahren, daß für die Vorstandsmitglieder des Konsumvereins eine Haftpflichtversicherung bis zur Höhe von 30 000 Mark abgeschlossen worden war. Da er sich in großen finanziellen Nöten befand, auch eine Unterschlagung gemacht hatte, wollte er einen Raubmord vortäuschen, um seiner Familie die Versicherungssumme zukommen zu

lassen, die bei einem Unfalltod im Dienst, dieser ausgezahlt werden mußte. Daß er einen Mitwisser bei der Tat hatte, ist wohl selbstverständlich, denn sonst wäre die Waffe nicht fortgeschafft und der Behörde in die Hand gespielt worden. Wie auch noch weitere Nachforschungen ergaben, ist der Sohn des W. dringend verdächtig, an diesem Plan beteiligt gewesen zu sein. Welch eine erschütternde Wirkung der auri sacra fames, daß der Sohn den Opfertod des Vaters duldet und begünstigt um Geldes willen!

Dieser Fall beweist deutlich, wie schwer die Unterscheidung zwischen Selbstmordschuß und Tötung von fremder Hand bei solchen ungewöhnlichen Einschußstellen sein kann. Rehberg[1]) weist in einem Aufsatz darauf hin und stellt fest, daß für den Gerichtsarzt meist der Befund an der Wunde selbst entscheidende Bedeutung hat. Er muß sein Urteil nach der Lage der Verletzung und nach der Beschaffenheit der Schußöffnung und des Schußkanals fällen. Danach muß zunächst Einschuß, Ausschuß und Schußkanal festgestellt werden, um zu erkennen, ob sich der Täter überhaupt den Schuß selbst beibringen konnte. Dann ist festzustellen, ob auch der Verlauf des Schußkanals mit der Annahme des Selbstmordes vereinbar ist. Es gilt also, die Frage zu entscheiden, ob bei der für die meisten Fälle geltenden Annahme, daß der Wundkanal die gerade Fortsetzung des Laufes bildet, der Selbstmörder an jeder abnormen Stelle der Waffe auch jede beliebige Richtung geben kann. Am Schädel ist es möglich, eine kurzläufige Waffe in jeder beliebigen Richtung anzulegen, vor allem, wenn man die Mündung mit der linken Hand fixiert, die Finger der rechten Hand von oben auf den Lauf legt und die Rückfläche des rechten Daumens an den Abzug bringt. Zu beachten sind nur noch seltene Fälle, in denen die Kugel den Schädel nicht direkt durchbohrt, sondern aus ihrer Bahn abgelenkt wird. So kann ein Schußkanal, der bei einer geraden Geschoßbahn unwahrscheinlich ist, bei schrägem Einschuß durch Abprallen des Projektils möglich sein. Die Ablenkung kommt am häufigsten dadurch zustande, daß die Kugel im Kanal auf einen Knochen stößt und von diesem zurückgeworfen wird; der Schußkanal wird dadurch winklig und bildet nicht, wie in der Regel, die gerade Verbindung zwischen Einschußöffnung und Geschoß. Weit seltener findet die Ablenkung sofort beim Einschuß durch die durchbohrte Knochenwand statt. Diese entsteht entweder durch das Zerschellen einer Kugel am Knochen oder durch eine Deformation des Geschosses. — Alles dieses ist bei derartigen Schüssen zu erwägen, um kein voreiliges Urteil zu fällen. In der Hauptsache hängt aber auch hier wieder die Entscheidung von der Feststellung ab, ob es sich um einen Nah- oder Fernschuß handelt. Vor allem der Nachweis von Stanzverletzungen und der anderen Kriterien eines absoluten Nahschusses sind immer bei der Beurteilung wegweisend.

Weiterhin wichtig für die Entscheidung sind, abgesehen von den

1) Th. Rehberg, Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. III F. 39, 306 (1910).

kriminalistischen Erwägungen, die waffentechnischen Feststellungen. Das Schußwerkzeug selbst kann, auch bei Selbstmord, fehlen; oft genug wird es vom Selbstmörder selbst noch weit fortgeschleudert oder derselbe kann sich vom Tatorte noch weiter fortschleppen. Andererseits wird sie häufig dem Ermordeten vom Täter in die Hand gelegt. Dies zeigt, daß das Fehlen einer Waffe, auch bei einer ungewöhnlichen Einschußöffnung, nicht von entscheidender Bedeutung ist. Wird sie jedoch bei der Leiche gefunden, kann sie gerade bei einem abnormen Einschuß von großer Wichtigkeit werden, denn es läßt sich dann direkt prüfen, ob und wie die vorliegende Waffe vom Selbstmörder angelegt werden konnte, ferner ermöglicht sie die wichtige Feststellung, ob die Waffe durch Nah- und Fernschuß die vorgefundene Schußwirkung erzielen kann. Dann ist natürlich das Auffinden der Geschosse von großer Bedeutung, ebenso wichtig ist die Untersuchung der Patronenhülsen, die von den modernen Repetierpistolen ausgeworfen werden. Kockel[1]) weist auch auf deren Bedeutung hin und sagt, daß die Hülsen, unter Berücksichtigung ihrer Auswurfsweite anzeigen, wo geschossen worden ist, und wenn erfolgreich gesucht wurde, meist auch, wie oft. Überdies lassen die Hülsen aus ihrem Bodenstempel ihren Herstellungsort erkennen, und schließlich geben sie im Vergleich zu den Geschossen viel sichere Hinweise darauf, welchem System die zu ihrem Abfeuern verwendete Repetierpistole angehört, ja sie ermöglichen vielleicht sogar u. U. mit Zuhilfenahme der Befunde an den Geschossen, die exakte Feststellung, daß sie aus einer bestimmten vorliegenden Pistole stammen.

Während in dem ersten Teil Selbstmordschüsse mit abnormer Einschußöffnung behandelt wurden, sollen jetzt Fälle beschrieben werden, bei denen zwar die Einschußöffnung für einen Selbstmord typisch ist, jedoch die Ungewöhnlichkeit darin besteht, daß der Schuß durch die Kleider hindurch abgefeuert wurde.

**Fall 7:**

Das Gesicht des 21jährigen K. V. ist größtenteils mit angetrocknetem Blut bedeckt, das aus Mund und Nase ausgeflossen ist. An der linken Brustseite, 10 cm über der Brustwarze und 7 cm von der Mittellinie entfernt, befindet sich ein Schußloch in der Haut. Die umgebende Haut knistert und ist deutlich polsterisch vorgewölbt. Das Schußloch ist rund, knapp 7 mm groß, und wird von einem konzentrischen schwarzen Ring eingefaßt, der 2—3 mm breit ist und aus freiliegender Lederhaut besteht. Die Oberhaut fehlt hier in einem Kreise von etwas unregelmäßiger Gestalt und 10 mm Durchmesser. Die weitere umschließende Oberhaut weist noch einen konzentrischen Hof auf, der hellbraunrot und 3 mm breit ist. Dieser letztgenannte Hof ist an der Innenseite der Schußverletzung undeutlich ausgeprägt. Am Rücken links befindet sich, 3,5 cm von der Mittellinie entfernt, in der Höhe des 5. Brustwirbels eine flache Vorwölbung der Haut, in deren Mitte eine 10 : 2 mm große dunkelrote Abschürfung zu sehen ist. Diese Stelle wird eingeschnitten und führt auf einen dicken schwarzroten Bluterguß in Handtellergröße. In der Mitte desselben fühlt der tastende Finger ein Geschoß. Es ist ein Pistolen-Nickelmantelgeschoß von 7,65 mm Kaliber, das kaum mißgestaltet ist.

1) R. Kockel, Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 7, 193 (1926).

Zwischen der 2. und 3. linken Rippe befindet sich ein Schußkanal als Fortsetzung der zuerst beschriebenen Schußöffnung. Der Oberrand der 3. Rippe ist mitverletzt und fühlt sich rauh an. An der Innenseite dieser Rippe bemerkt man eine stärkere Absplitterung. Aus der linken Brusthöhle werden 800 ccm flüssiges und locker geronnenes Blut ausgeschöpft. Der Herzbeutel enthält 50 ccm flüssiges Blut. Nunmehr läßt sich nach Herausnahme des Herzens der Schußkanal dieses Brustschusses übersehen. Nach Durchsetzung der linken vorderen Brustwand ist der Oberlappen der linken Lunge durchstoßen. Das Geschoß hat dann den Hauptluftröhrenast der linken Lunge durchschlagen und ist darauf durch deren hinteren Abschnitt bis zur Ansatzstelle der achten Rippe an der Wirbelsäule gedrungen. Hier findet sich im Brustfell ein ovales, 1 cm großes Loch, umgeben von einem dunkelblauen Bluterguß, der hinter dem Brustfell liegt. Die linke Seite des 8. Brustwirbels ist in Form einer flachen Rinne getroffen. Der Schußkanal ist kleinfingerstark und von blutgetränktem Gewebe umgeben. Es findet sich nur wenig Blutatmen in Gestalt von braunroten, erbsengroßen Flecken auf dem hellen Gewebe. In den Luftröhren ist flüssiges Blut vorhanden.

Interessant ist, daß der Schuß durch V.'s gesamte Kleidung, sogar durch den Mantel gegangen ist. Die Gestalt des Schußloches selbst ist nur in der äußeren Stofflage bemerkenswert, denn die Lochränder sind nach außen vorgestülpt und der Stoff ist an der einen Seite des Schußloches als ein 3—4 mm breiter Lappen umgelegt. Man sollte erwarten, daß die Lochränder durch das Geschoß nach dem Körper zu umgebogen sein sollten. Es muß also eine Kraft auf sie eingewirkt haben, die vom Körper her nach außen, entgegen der Geschoßrichtung, wirksam wurde. Das ist immer der Fall, wenn sich die Explosionsgase der Patrone nach ihrem Austritt aus der Mündung nicht frei ausbreiten können, sondern wegen eines engen Abstandes der Mündung von der getroffenen Kleiderstelle zunächst mit in den Schußkanal gerissen werden und dann nach rückwärts ausweichen müssen. Die vorgestülpten Lochränder beweisen somit einen sehr geringen Abstand der Pistolenmündung von dem Mantel des V. im Augenblick des Abfeuerns.

Pulverschmauch findet sich in Form eines fest anhaftenden grauen Hofes um die Schußlöcher herum. Der Schmauchhof ist 25 : 37 mm groß und etwas exzentrisch um das Schußloch angeordnet. Besonders deutlich ist dieser Schmauchhof an der äußeren Futterlage, die aus Steifleinen besteht, sichtbar. Der innere Schmauchkreis ist noch von einem angedeuteten konzentrischen Ring umgeben. Solche konzentrische Anordnung der Beschmauchung findet sich gern bei Schüssen mit angelegter oder ganz dicht benachbarter Mündung.

Eine sorgfältige Untersuchung des Mantelstoffes in der Umgebung des Schußloches hat keine Pulverreste auffinden lassen. Auch dieses weist, wie auch die Kleinheit des Schmauchhofes darauf hin, daß die Pistolenmündung einen sehr geringen Abstand von dem Mantel des V. gehabt haben muß, denn bei einem größeren würden bestimmt im Umkreis des Schußloches Pulverreste gefunden werden.

Es handelt sich also um einen Nahschuß, und man denkt zunächst an einen Schuß von der eigenen Hand, zumal der Schuß gegen die

Herzgegend gerichtet war. Freilich wird der Selbstmörder, wenn er sich Zeit läßt, für gewöhnlich die Kleider öffnen und gegen die nackte Haut der Brust schießen. Indessen können die äußeren Umstände dies auch verhindern. Die Schußrichtung zieht, wie aus dem Befund zu ersehen ist, von vorn oben links nach hinten unten rechts und zwar ziemlich steil abwärts. Diese Schußrichtung schließt die gewöhnliche Haltung der Pistole beinahe ganz aus. Der Selbstmörder müßte Linkshänder gewesen sein oder den rechten Daumen am Abzug gehalten haben. Bei der Obduktion wurde von einem Polizeibeamten mitgeteilt, daß ein Zeuge wirklich die Pistole so in der Hand des V. gefunden haben will. Wenn sich das bestätigen läßt und das im Rücken des Getöteten aufgefundene Geschoß aus seiner eigenen Pistole stammt, ist an einem Selbstmord nicht länger zu zweifeln.

**Fall 8:**

Der 24jährige Kaufmann E. R., wohlhabender Bankdirektorssohn, wurde im Hotel „Europäischer Hof" erschossen aufgefunden. Der Schuß ging durch die Kleider in die Herzgegend. An der Brusthaut befand sich reichlich Schmauch.

Auch hier handelt es sich zweifellos um einen Selbstmord, was aus den Begleitumständen klar ersichtlich war. Dieser Fall bot also keine schwierige Entscheidung, er ist nur erwähnt, weil sich auch hier wieder ein Selbstmörder durch die Kleider hindurchgeschossen hat, was immerhin ungewöhnlich ist.

**Fall 9:**

Der 21jährige S.A.-Mann G. wurde auf der S.A.-Wache morgens erschossen in seinem Bett aufgefunden. Die Parabellum-Pistole lag unterm Bett. An der linken Brustwarze fand sich ein Einschuß mit hartem braunschwarzem Vertrocknungshof, ohne Schmauch und ohne Einsprengungen. Der Schuß aus einer Parabellum-Pistole von 9 mm Kaliber war durch die Kleider gegangen. Im Oberhemd zeigte sich ein fast handgroßer, im Unterhemd ein halb so großer, weniger schwarzer Schmauchhof.

Auch hier handelt es sich wieder um einen Schuß durch die Kleider hindurch, der seiner Lokalisation nach klar für Selbstmord spricht. Es bestände natürlich die Möglichkeit, daß G. im Schlaf erschossen worden ist, und daß der Täter sich vorher dessen eigener Waffe bemächtigt hätte. Doch diese Annahme ist bei den dort aufgefundenen äußeren Umständen sehr unwahrscheinlich, obwohl dies erwogen werden mußte, denn es war immerhin merkwürdig, daß sich die Pistole unter dem Bett befand. Aber auch dies spricht nicht gegen einen Selbstmord, denn G. konnte nach vollbrachter Tat die Waffe gegen die Wand werfen, von wo sie dann unter das Bett gerutscht ist.

Man ersieht hieraus, daß ein durch die Kleider gehender Schuß, wenn auch selten, ein Selbstmordschuß sein kann, zumal, wenn die Einschußstelle hierfür typisch ist. Daß diese Stellen jedoch auch bei Tötung von fremder Hand ein beliebtes Ziel sind, ist selbstverständlich.

**Fall 10:**

Der Nachtwächter P. S. wurde auf einem Kohlenhof erschossen aufgefunden. Neben ihm lag eine kleine Pistole mit dem Kaliber 6,3 mm. Da es sich um einen typischen Brustschuß handelte, war ein Selbstmord nicht ausgeschlossen.

Die gerichtsmedizinische Untersuchung ergab, daß es sich um einen Steckschuß handelte. Man fand ein 7,65 mm Mantelgeschoß in der Rückenmuskulatur. Somit konnte dieser Schuß nicht von ihm selbst abgegeben worden sein, da seine Waffe ein anderes Kaliber hatte. Also war Tötung von fremder Hand erwiesen. Bei der weiteren Untersuchung des Falles stellte es sich heraus, daß es sich um Diebe handelte, die von S. auf frischer Tat ertappt wurden und diesem bei dem folgenden Kugelwechsel den tödlichen Schuß beigebracht hatten. Dieser Fall zeigt wieder, daß auch bei einem scheinbar typischen Selbstmordschuß keine Untersuchungsmethode versäumt werden darf, denn auch eine typische Einschußstelle schließt nicht immer ein Verbrechen aus, wie auch folgender von Reuter[1]) beschriebene Fall beweist.

Gelegentlich einer Wirtshausrauferei wurde ein Schwerbetrunkener auf die Straße gestoßen, wo er liegen blieb. Ein übel beleumundeter Bursche stürzte auf den bewußtlos Daliegenden los, setzte ihm den Revolver an der rechten Schläfe an und feuerte ab. Er wurde wegen Mord verurteilt, weil aus der Art der Setzung der tödlichen Verletzung zu entnehmen war, daß der Täter die Absicht gehabt hatte, den Bewußtlosen zu töten.

Hat man einen derartigen Fall ohne Kenntnis einer Vorgeschichte zu begutachten, so erkennt man wieder, von welcher Bedeutung eine Stanzverletzung sein kann. Denn allein aus ihr kann man eventuell entnehmen, ob der Schuß überhaupt von der eigenen Hand abgegeben worden sein kann oder ob es für einen Selbstmörder kaum möglich war, die Pistole so anzulegen, daß diese Abdrücke entstehen konnten.

**Fall 11:**

Der 24jährige W. L. wurde erschossen aufgefunden. Der Tod war durch innere Verbutung eingetreten.

An der linken Bauchseite, 7 cm von der Mittellinie und 4 cm von dem linken Hüftbeindorn entfernt, befindet sich eine quere Hautwunde, aus der ein Fetträubchen hervorragt. Sie kafft 6 : 10 mm weit.

Die Ränder sind scharf, die Winkel etwas abgerundet. Der obere Wundrand setzt sich scharf gegen die rot verfärbte Haut ab. Der untere Wundrand dagegen ist abgeschürft in einer Breite von 5 mm.

Die Verletzung an der linken Bauchseite durchsetzt die Bauchwand und ist am Zwerchfell in Form eines mandelförmigen Schlitzes mit glatten Rändern und spitzen Winkeln sichtbar. In der Bauchhöhle ist nur ganz vereinzelt Blut zwischen den Eingeweiden zu sehen. Es läßt sich ein Wundkanal verfolgen, welcher schräg nach oben und nach der Mittellinie zu drei Dünndarmschlingen, den queren Grimmdarm und die Leber durchsetzt. Ziemlich in der Mittellinie setzt sich der Durchgang durch das Zwerchfell

1) Fritz Reuter, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 1933, 399.

an der Stelle fort, wo das Aufhängeband an das Zwerchfell ansetzt. An der Unterfläche des Herzbeutels ist eine schlitzförmige Öffnung, deren Länge 2 cm beträgt, zu sehen. 4 cm davon entfernt, also dicht oberhalb der Anheftungsstelle des Herzbeutels am Zwerchfell, befindet sich ein 1 cm langer Schlitz, der von der Herzbeutellichtung in die linke Brusthöhle führt. In der linken Brusthöhle befinden sich zwei Liter flüssiges und dickklumpiges geronnenes Blut. Der Wundkanal setzt sich weiterhin durch das Herz fort, von seiner Basis bis zum Abgang der großen Gefäße, durchsetzt die Oberkuppel des Herzbeutels, dann den linken Hauptast der Lungenschlagader, den Boden der Aorta, die Spitze des linken Lungenlappens und endet in einer Wundhöhle vor der ersten linken Rippe, dicht an ihrem Wirbelgelenk.

Im Herzbeutel befindet sich eine dünne Schicht geronnenes Blut. Der Wundschlitz an der Unterfläche ist 2 cm, der benachbarte an der linken Seite 1 cm groß. Die Herzhöhlen sind leer. An der Unterfläche des Herzens zeigt sich eine längliche Verletzung von 18 : 12 mm Größe. Die Wundflächen sind zerfetzt, dunkelrot und blutdurchsetzt. Eine zweite Verletzung findet sich in der linken Vorhofkammer, nahe dem linken Herzohr. Hier ist das Loch rund und ebenfalls zerfetzt. In der Lungenschlagader sind zwei gegenüberliegende Löcher von sternförmiger Gestalt. Anliegend sieht man ein 8 mm großes unregelmäßiges Loch am Aortenbogen. In dem blinden Ende des beschriebenen Wundkanals steckt ein wohlerhaltenes Nickelmantelgeschoß von 7,65 mm Kaliber. Im linken Oberlappen ist der Schußkanal kleinfingerstark und von einer schwarzroten, blutig durchtränkten Gewebsmasse umgeben. In den Luftröhren ist kein Blut vorhanden.

Die durchschossenen Darmschlingen gehören dem unteren Dünndarm an. Es finden sich auf einer kurzen Darmstrecke acht Löcher mit zerfetzten, dunkelroten Rändern. Auch das Schußloch im queren Dickdarm ist zerfetzt, dunkelrot und 3 cm groß.

Wie aus dem Befund hervorgeht, hat der Schußkanal eine Richtung, die der Längsachse des Rumpfes entspricht. Der Schuß war durch die Kleider gedrungen und zeigte auch hier, entsprechend dem Schußkanal, eine aufsteigende Richtung. Sämtliche Kleidungsstücke wurden auf Einschußspuren mikroskopisch und chemisch untersucht. Es fanden sich aber weder eine Spur von Pulverschmauch noch Reste des Pulvers selbst.

Durch diese Feststellungen ist es also erwiesen, daß es sich um einen Fernschuß handeln muß, denn andernfalls müßten wenigstens einige Nahschußspuren aufzufinden sein. Diese eine Feststellung genügt schon vollständig, um einen Selbstmord auszuschließen, denn bei einem Fernschuß kann nur Tötung von fremder Hand vorliegen. Die eigentliche Richtung des Schußkanals ist wohl so zu erklären, daß das Geschoß den L. in liegender Haltung getroffen hat und zwar in Rückenlage mit den Füßen dem Schützen zugekehrt.

**Fall 12:**

Die 36jährige Wirtschafterin M. A. hatte sich mit einer Pistole erschossen. Sie kam noch bei Bewußtsein ins Krankenhaus und gab Auskunft über ihren Selbstmord. Der Tod wurde durch Atemlähmung verursacht. Der Einschuß befand sich mitten am Kinn zwischen Lippenschleimhaut und Kinnrand. Man sah Pulverschmauch, feine Einsprengungen mit einem Streuungsdurchmesser von 25 mm. Der behandelnde Arzt meinte, daß der Schuß ins Rückenmark gedrungen sei und die Blutung die Medulla oblongata erreicht habe.

Es kommt außerordentlich selten vor, daß Frauen ihrem Leben durch eine Schußverletzung ein Ende setzen. Im allgemeinen ist bei ihnen der Ertrinkungstod oder Vergiftung die bevorzugte Art, Selbstmord zu begehen. Wir finden zwar häufig bei lebensmüden Frauen tödliche Schußverletzungen, doch sind dies fast ausschließlich Fälle, bei denen Tötung auf Verlangen festgestellt worden ist. Beispiele dieser Art sind massenhaft in der Literatur zu finden.

In unserem Falle handelt es sich um einen Selbstmord, wie die Getötete noch selbst ausgesagt hat. An und für sich ist das kein unerschütterlicher Beweis, denn es wäre immerhin denkbar, daß eine Tötung auf Verlangen ausgeübt wurde und die Schwerverletzte den Täter nicht nennen wollte. Hier sind natürlich auch wieder die Begleitumstände, vor allem die Gründe, die zur Tat bewogen haben, maßgebend, wenn man eine klare Entscheidung treffen will. Merkwürdig an diesem Fall ist noch die Einschußstelle am Kinn. Vermutlich hat sich A. in den Mund schießen wollen.

Auch in der Literatur finden wir vereinzelt Beispiele, wo Frauen durch Selbstmordschuß geendet haben; so beschreibt Walcher[1]) folgenden Fall, der auch nochmals die Bedeutung der Stanzverletzung hervorhebt.

Eine junge Frau im Alter von 32 Jahren hatte durch Erschießen Selbstmord begangen. Da diese Tatsache aus gewissen Gründen Zweifeln begegnete, wurde richterlicher Augenschein und gerichtliche Sektion seitens der Staatsanwaltschaft angeordnet.

Die Leiche lag am Boden einer Wohnküche in rechter Seitenlage in einer Blutlache. Eine Dreyse-Pistole von 7,65 mm Kaliber befand sich in der Nähe der rechten Hand. Die Blutlache hatte sich in der Umgebung der Leiche und der Waffe angesammelt, die Aufliegestellen waren leider trocken.

An der rechten oberen Brustgegend, in Höhe der zweiten Rippe, 9 cm nach auswärts von der Mittellinie, fand sich ein Schußloch. Die Kleidung war weder getroffen noch gestreift. Ein zweites Schußloch fand sich am Rücken, etwas näher der Mittellinie und etwas tiefer. Das Schußloch an der Brust zeigte einen etwa 7 mm im Durchmesser betragenden rundlichen Defekt mit leicht zerrissenen Rändern. Diese waren mit schwarzrotem Blut verklebt. In der Umgebung fanden sich mehrere eigenartige linien- und bogenförmige Abschürfungen in eingetrocknetem Zustand.

Der Schußkanal zeigte zunächst, der Erwartung entsprechend, eine große Schmauchhöhle in den Weichteilen unter dem Einschußloch der Haut. Er verlief sodann durch den Knorpel der rechten 3. Rippe, durch den Oberlappen der rechten Lunge, durch die rechte 9. Rippe hinten in der senkrechten Schulterblattlinie und trat dann hier in Form eines kleinen, sternförmig an den Rändern zerrissenen Schußloches aus.

Das Geschoß — Mantelgeschoß von Kaliber 7,65 mm — wurde erst nach langem Suchen gefunden. Es war am Boden, in der Nähe der Tür, abgeprallt, hatte hier einen Defekt im Holz gesetzt, war zu der offenen Tür hinaus über den Korridor in die Tür des gegenüberliegenden Zimmers eingedrungen, und zwar in der Richtung von unten nach oben. Die Hülse der Patrone wurde unter einem Schrank gefunden, in einer Ecke des Tatortzimmers.

---

1) K. Walcher, Arch. Kriminol. 90, 16 (1932).

Durch die Stanzverletzungen ist nachgewiesen worden, daß es sich um einen absoluten Nahschuß handeln muß und zwar stimmen die Abdrücke mit einer entsprechend aufgesetzten Dreyse-Pistole überein. Es steht also einwandfrei fest, daß die Tat mit der vorgefundenen Waffe vollbracht wurde. Daß der Schuß an der nackten Haut aufgesetzt wurde, schließt zwar eine Tötung auf Verlangen nicht aus, läßt dieses aber sehr unwahrscheinlich werden. Nach Lage der Einschußstelle und Verlauf des Schußkanals, die eine für einen Selbstmörder sehr bequeme Haltung der Pistole erkennen lassen, sowie der äußeren Umstände, ist auch hier wohl einer der seltenen Fälle, wo sich eine Frau durch eine Schußverletzung getötet hat.

**Fall 13:**

Der Arbeiter K. St. hatte sich mit einem Karabiner einen Schuß in den Mund beigebracht, indem er an den Hahn einen Bindfaden gebunden und diesen mit dem Fuß abgezogen hatte. St. soll Kommunist gewesen sein.

Es findet sich eine starke Beschmauchung der faustgroßen Wundhöhle des Mundes. Der Unterkiefer ist mehrfach eingebrochen, in der Mitte eingeknickt, wodurch eine Hautfalte am Kinn entstanden ist. Die Oberkiefer sind zertrümmert. Der linke ist etwas angehoben, sodaß die Innenfläche der Zähne sichtbar wird. Ein großes Oberkieferstück ist fast ganz aus dem Zusammenhang gelöst und vorgelagert.

Die Nasen- und Augenhöhlen sind ganz zerstört, ebenso die Orbitaldächer und das Siebbein, sodaß man von der großen Einschußhöhle die zusammengelegten vier Finger in die Hirnhöhle schieben kann.

Das Schädeldach ist aufgebrochen, einzelne Knochenplatten fehlen. Die Kopfhaut ist in vier Lappen aufgerissen, sodaß das Gehirn in Handtellergröße freiliegt. Dieses ist nur wenig zerstört, nur die Stirnlappen sind zerfetzt.

Daß bei dieser Einschußöffnung nur ein Selbstmord in Frage kommt, ist natürlich nicht zu bezweifeln. Ungewöhnlich ist nur die Waffe, deren St. sich bedient hat. Im allgemeinen werden Gewehre nicht zu diesem Zweck benutzt, da die Handhabung sehr umständlich ist. Jedoch sind auch in der Literatur mehrere dieser Fälle beschrieben. Die Einschußöffnung befindet sich dann gewöhnlich am Kinn oder, wie bei St. in der Mundhöhle, weil die Laufmündung an diesen Stellen am besten fixiert werden kann. Das Abfeuern aus dieser langen Waffe geschieht entweder durch Abdrücken mittels der Zehe oder wie hier, durch eigens zu diesem Zwecke angebrachte Vorrichtungen. Eventuell können auch Gewehrstutzen oder Karabiner mit der Hand abgedrückt werden, wie der folgende von Meixner[1]) beschriebene Fall zeigt.

Ein 42jähriger Mann hatte sich, auf dem Fußboden liegend, durch einen Schuß aus einem österreichischen Militärgewehr, einem Mannlicher-Karabiner, entleibt. Die Schädelhöhle war durch eine mächtige Wunde eröffnet, die von der Scheitelhöhe durch beide Schläfen bis auf die rechte Wange herabreichte. Es war annähernd die vordere Hälfte des Hirnschädels weggerissen. Stücke des Schädeldaches lagen am Tatort auf dem Boden. Auch die weichen Schädeldecken, die in großen Lappen herabhingen, waren nicht vollständig.

1) Karl Meixner, Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 20, 342/1933.

Die Knochensprünge reichten am Schädeldach und an den Seiten, knapp oberhalb der Felsenbeinpyramiden vorbeiziehend, bis ins Hinterhaupt. Die rechte vordere Schädelgrube war umfänglich zerstört, desgleichen der rechte Augapfel. Beide Stirnlappen lagen ausgedehnt frei und hingen, der Schwere folgend, aus der Wunde heraus. An den vorderen Polen waren beide Stirnlappen fetzig zerwühlt, der rechte tiefer als der linke.

Die rechte Arteria Carotis interna war an ihrer Gabelung abgerissen, die linke durch zwei kleine Risse eröffnet. Die Sehnervenkreuzung und der dritte Hirnnerv waren durchrissen.

Die Verletzung entspricht vollkommen einem Schuß aus angesetzter Waffe. Er ist offenbar von der linken Stirnseite zur äußeren oberen Umrandung der rechten Augenhöhle gegangen.

Es ist leicht erklärlich, daß durch die gewaltige Kraft eines Gewehrschusses derartige Zertrümmerungen angerichtet werden. Diese Sprengwirkung kommt vor allem bei einem Hohlorgan, wie es der Schädel ist, zu besonderer Geltung. Nicht selten finden wir sogar Schußverletzungen, bei denen das ganze Großhirn aus der Schädelkapsel herausgeschleudert wird. Dieses sind die sogenannten Krönlein'schen Schädelschüsse, die natürlich nur durch Gewehre, eventuell auch durch großkalibrige Pistolen verursacht werden können.

Die eben beschriebenen Fälle beweisen, daß auch sehr wohl Selbstmordschüsse aus solch ungewöhnlichen Waffen abgegeben werden können, und es liegt auf der Hand, daß hierbei die Entscheidung sehr schwierig sein kann und nicht immer so leicht zu fällen ist wie bei den genannten Beispielen.

Diese Ausführungen sollen zeigen, wie schwierig häufig die Entscheidung ist, ob es sich um einen Selbstmord oder um Tötung von fremder Hand handelt. Die allgemeinen Erfahrungstatsachen sind zwar grundlegend, doch ist es nicht ratsam, mit einem Vorurteil an die Lösung dieser Frage heranzugehen, denn wir haben gesehen, daß bei den scheinbar klarsten Fällen, nach Ausnutzung aller Untersuchungsmöglichkeiten, Probleme aufgerollt worden sind, die zu einem ganz anderen Schluß geführt haben, wie am Anfang angenommen wurde. Ohne Verkennung der wichtigen anderen Untersuchungsmethoden, die hier auch wohl genügend gewürdigt sind, darf man doch behaupten, daß fast immer der Arzt das für die Beurteilung maßgebende Gutachten abzugeben hat. Man darf weiterhin behaupten, daß die medizinischen Kenntnisse über die Zeichen von Schußverletzungen, die diese am menschlichen Körper hinterlassen, so vielseitig sind, daß mit ihrer Hilfe die Unterscheidung von Selbstmordschuß und Schuß von fremder Hand meist möglich ist. Andererseits sind diese von der ärztlichen Allgemeinbildung etwas abseits liegenden Fachkenntnisse nur durch große Erfahrung zu gewinnen. Daraus folgt, daß der zuerst zur Leichenschau berufene praktische Arzt bei Leichen mit Schußverletzungen auffälliger Art mit seinem Gutachten vorsichtig zurückhalten und die gerichtliche Leichenöffnung beantragen soll, weil dann erst ein richtiges Urteil über Schußart und Schußwirkung möglich ist.

Zum Schluß möchte ich Herrn Professor Dr. Berg für die freundliche Überlassung des Themas und seine vielseitigen Anregungen meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

---

## SCHRIFTTUM.

Corin und Heger Gilbert: zit. nach C. Goroncy, Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 4, 145 (1924).
Goroncy, C.: ebenda.
Kockel, R.: Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 7, 193 (1926).
Maschka: zit. nach Goroncy, Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 4, 145 (1924).
Meixner, Karl: Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 20, 342 (1933).
Merkel, Hermann: Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 20, 332 (1933).
Rehberg, Th.: Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. III F. 39, 306 (1910).
Reuter, Fritz: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1933, 339.
Richter, C. S.: Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 13, 469 (1929).
Rooks: Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 20, 201 (1933).
Strassmann, F.: zit. nach Goroncy, Dtsch. Ztschr. f. ger. Med. 4, 145 (1924).
Walcher, K.: Arch. Kriminol. 90, 16 (1932).

## LEBENSLAUF

Am 11. März 1911 in Wuppertal-Barmen als Sohn des Kaufmanns Bernhard Rosenbaum und seiner Ehefrau Martha geb. Seligmann geboren, besuchte ich 3 Jahre die Vorschule Wevelmeyer in Wuppertal-Barmen und anschließend 9 Jahre das dortige Realgymnasium. Nach bestandener Reifeprüfung im Februar 1929 studierte ich 1 Semester in Genf, dann in Würzburg, wo ich das medizinische Vorexamen ablegte. Nach weiterem Studium in Bonn, Würzburg und Düsseldorf bestand ich am 14. 12. 1934 das Medizinische Staatsexamen in Düsseldorf.